

## ПСИХОЕМОЦІЙНИЙ СТАТУС ТА ЯКІСТЬ ЖИТТЯ У ПАЦІЄНТІВ МОЛОДОГО ВІКУ ІЗ ВЕРТЕБРОГЕННИМИ ДОРСАЛГІЯМИ

Харківський національний медичний університет

**Проаналізовано результати дослідження якості життя пацієнтів молодого віку з вертеброгенними дорсалгіями. Установлено, що на якість життя такого контингенту хворих впливають психологічне здоров'я та емоційно-особистісні порушення у вигляді тривожних та депресивних реакцій, які відіграють важливу роль у сприйнятті больового синдрому.**

*Ключові слова:* вертеброгенні дорсалгії, якість життя, молоді люди.

Проблема лікування больових синдромів (БС) при дегенеративних захворюваннях хребта протягом останніх десятиліть залишається однією з найактуальніших у сучасній медицині [1, 2]. Медико-соціальна значущість дискогенного БС зумовлена його високою частотою, тривалістю тимчасової втрати працездатності, інвалідизацією хворих [3]. Розповсюдженість дорсалгій у Західній Європі та США сягає 40–80%, хронічний біль відчувають 10–20% населення, при цьому 5% звертаються до лікарів загальної практики, а 1–2% — отримують допомогу в стаціонарах [4, 5]. Вертеброгенна дорсалгія у 60–90% випадків зумовлена дегенеративно-дистрофічними процесами у хребті [1, 2], а саме — в хребцях, міжхребцевих суглобах, дисках, зв'язковому апараті, які лежать в основі розвитку спондиліозу, спондилоартрозу та остеохондрозу. Вертеброгенний (механічний) біль у спині є однією з найпоширеніших скарг пацієнтів, у США реєструється понад 6 млн випадків щороку [6]. У країнах Західної Європи вертеброгенні БС протягом року вперше діагностують у 70% пацієнтів [7]. Висока частота виявлення остеохондрозу відображена у медичній, страховій і пенсійній статистиці, а також актах системи охорони здоров'я. Тимчасова втрата працездатності внаслідок вертеброгенних БС у кожного застрахованого становить 2–3 дні на рік [5–7].

В Україні вертеброгенні патології посідають друге місце у загальній структурі захворюваності з тимчасовою втратою працездатності, поступаючись тільки респіраторним хворобам. У структурі захворювань нервової системи вертеброгенні БС займають перше місце (понад 50%) за кількістю днів непрацездатності на 100 працюючих. Щороку в Україні реєструють понад 320 тис. нових випадків остеохондрозу, що становить близько 4,04% у структурі захворювань опорно-рухового апарату [8]. При цьому така розповсюдженість в основному стосується людей працездатного

віку, а останніми роками — школярів і студентів (у 30–50%), що є наслідком їхнього тривалого перебування у вимушеному положенні у школі й біля комп'ютера, а також гіподинамії та порушень статури [1, 2, 8].

На сьогоднішній день дорсалгії відносять до м'язово-скелетного (міофасціального) болю, синдроми якого можуть виникати як незалежно від дегенеративної вертеброгенної патології, так і ускладнювати практично будь-який вертеброгенний біль [2, 3, 9].

Сьогодні зміщено акценти в аналізі чинників міофасціального болю. Дедалі більше авторів, окрім екзогенних травматичних, професійних, температурних, вібраційних чинників у розвитку вертеброгенних БС, особливо в осіб молодого віку, розглядають стресові впливи на людський організм. Дослідження показали, що м'язове напруження, яке автоматично супроводжує емоційний стрес, не зникає після впливу стресового фактора та призводить до розвитку або посилює наявні біомеханічні порушення у локомоторній системі, що може поглиблювати вертеброгенну патологію [3, 9–11]. Довготривалі емоційно-афективні порушення можуть ставати як чинником, так і наслідком дисбалансу м'язового тону, м'язово-тонічних БС, що знижує якість життя пацієнтів [11–13].

Значущість синдрому зазвичай не є загрозою для життя пацієнта, але впливає на його якість, а також супроводжується економічним навантаженням на сім'ю та загалом на суспільство. Соматичний тип перебігу захворювання може спричинити інвалідизацію хворого, психосоматичний — робить прогноз невтішним [4, 14].

Таким чином, підставами для цього дослідження стали широка розповсюдженість вертеброгенних БС серед осіб молодого працездатного віку; залежність якості життя від складного комплексу патологічних змін, серед яких основними є біль та емоційні порушення; відсутність досліджень

вертеброгенних БС у контексті взаємозв'язку вказаних чинників.

Мета нашого дослідження — оцінити психоемоційний статус та якість життя хворих, які страждають на вертеброгенні БС, залежно від вираженості й тривалості болю.

Нами обстежено 197 пацієнтів молодого віку (середній вік  $32 \pm 9,8$  року): 106 жінок та 91 чоловіка з вертеброгенними БС.

Дизайн дослідження включав клініко-неврологічне дослідження з оцінкою вираженості БС із використанням візуально-аналогової шкали (ВАШ), а також оцінку психоемоційного стану з використанням Госпітальної шкали тривоги і депресії (HADS) [15].

Якість життя обстежених пацієнтів оцінювалася за допомогою опитувальника SF-36 (коротка версія) [16], який має надійні психометричні властивості. За показниками цього опитувальника можна оцінити загальне здоров'я, тобто ті його складові, які не є специфічними для вікових груп, нозологічних захворювань або медикаментів, які приймаються у теперішній час пацієнтами. Методика опитувальника призначена для вивчення всіх компонентів якості життя. Запитання відображають загальну самооцінку здоров'я у динаміці за останній рік, а також вісім сфер (субшкал) здоров'я: фізичне функціонування (ФФ), рольове фізичне функціонування (РФФ), інтенсивність болю (ІБ), загальне здоров'я (ЗЗ), життєздатність (Ж), соціальне функціонування (СФ), рольове емоційне функціонування (РЕФ), психологічне здоров'я (ПЗ).

Використовувався також Опитувальник загального здоров'я (GHQ-28) (Д. Голберг, В. Хиллер, 1979), розроблений для оцінки параметрів здоров'я, емоційного статусу та якості функціонування. Опитувальник дає змогу встановити рівень соціального функціонування, наявність емоційних та соматичних порушень, він визначає психологічне благополуччя як елемент якості життя і складається з чотирьох підшкал, що оцінюють соматоформні симптоми (GHQ-28 А), тривожність і безсоння (GHQ-28 В), соціальну дисфункцію (GHQ-28 Д) і депресію (GHQ-28 С). Крім того, при виконанні тесту респондент дає відповіді на 28 питань за 4-бальною шкалою. За результатами тесту розраховується загальний показник GHQ-28: 7–28 балів відповідає нормі; 29–56 — легким порушенням; 57–84 — помірним; 85–132 — вираженим. За шкалами оцінка у 7 балів відповідає нормі; 8–14 — легким порушенням; 15–22 — помірним; 23–28 — вираженим.

Оцінка даних респондентів за обома опитувальниками дає можливість встановити ступінь впливу вираженості БС на їхнє соціальне та

фізичне функціонування, які є важливими складовими якості життя.

Провідними неврологічними синдромами у пацієнтів виявилися рефлекторний м'язово-тонічний (вертеброгенні цервікалія, цервікобрахіалія, торакалія, люмбалія та люмбошіалія), а також вегетативної дисфункції та емоційної лабільності. Аналіз особливостей праці обстежених пацієнтів показав, що у більшості з них (95%) робота була пов'язана з тривалим перенапруженням та перевантаженням деяких груп м'язів. Серед обстежених були особи, що займалися як фізичною працею (спортсмени, водії, продавці, вантажники тощо), так і розумовою (студенти, фінансові працівники, програмісти, викладачі шкіл та вузів), а також такі молоді люди, які проводять багато часу у позі з ізометричним напруженням м'язів (лікарі хірургічного профілю, стоматологи, пацієнти, робота яких пов'язана з комп'ютером, тощо).

Тривалість актуального БС — від 3 до 30 дн, вираженість за ВАШ становила  $6,0 \pm 1,9$  бала.

При рентгенологічному дослідженні у пацієнтів виявлено структурні дегенеративно-дистрофічні зміни у хребті різної локалізації у вигляді протрузій міжхребцевих дисків в одному хребцево-руховому сегменті (ХРС) у 39 пацієнтів, у двох — у 30, у трьох — у 25; кили дисків в одному ХРС — у 39 випадках, у двох — у 17, поєднання протрузій та кили — у 18. Величина грижі становила від 3 до 5 мм. У 39 пацієнтів візуалізувалося потовщення задньої поздовжньої зв'язки.

Психоемоційний статус обстежених оцінювався за допомогою Госпітальної шкали тривоги і депресії HADS, яка складається із двох субшкал — тривоги й депресії.

Оцінка за шкалою HADS показала наявність значних тривожних розладів ( $16,6 \pm 1,58$ ) і субклінічної депресії ( $8,5 \pm 1,15$ ), причому спостерігалася тенденція до зростання їх вираженості з посиленням БС за ВАШ (коефіцієнт кореляції  $r = 0,29$ ), а депресивних — із його тривалістю ( $r = 0,22$ ).

Якість життя — це поняття, яке об'єднує суб'єктивні та об'єктивні критерії, що надають інформацію про фізичне, психічне й соціальне благополуччя людини. Сукупність зазначених чинників становить поняття «здоров'я». Таким чином, здоров'я — це інтегральний показник, який залежить від характеристик таких критеріїв: працездатності, толерантності до фізичного навантаження тощо, а також симптомів, пов'язаних із будь-яким соматичним захворюванням і психоемоційним станом людини (депресією, збудженням, тривогою, соціальною активністю). Саме тому якість життя визначається не тільки наявністю та вираженістю соматичної патології, але й емоційно-особистісними особливостями й сприйняттям хвороби.

Результати дослідження виявили зниження показника ЗЗ, який відображає насамперед суб'єктивну оцінку пацієнтом стану власного здоров'я. Подальший аналіз показав, що зниження показника ЗЗ пов'язане з негативним впливом емоційного стану пацієнта, що відображається впливом показника РЕФ на повсякденну активність хворого. Крім того, на його життєдіяльність впливали суб'єктивні больові відчуття, про що свідчило підвищення показника ІБ. Обстежені мали також низький показник Ж, що свідчило про наявність астеничного синдрому. Отже, БС у пацієнтів із вертеброгенними дорсалгіями мав значний вплив на якість їх життя (табл. 1).

Таким чином, результати дослідження підтвердили припущення про тісний взаємозв'язок ЗЗ, СФ та ПЗ у хворих, які страждають на вертеброгенні БС, що вказувало на зв'язок між сприйняттям болю та вираженістю емоційно-особистісних порушень, їх впливом на якість життя (табл. 2).

Як свідчать отримані дані, пацієнти із вертеброгенними БС відзначали наявність тривожності й порушень сну, а також проблеми у своєму СФ помірної вираженості. Крім того, у хворих спостерігалися легкі депресивні реакції. Високим також виявився показник, який відображає проблеми соматичного здоров'я.

Проведений кореляційний аналіз виявив зв'язок між тривалістю захворювання (вертебро-

генного БС) та вираженістю депресивної симптоматики за шкалою Д ( $r = 0,32$ ;  $p < 0,05$ ), соматоформними симптомами за шкалою А ( $r = 0,31$ ;  $p < 0,05$ ), тривогою і порушеннями сну за шкалою В ( $r = 0,40$ ;  $p < 0,05$ ).

Позитивний кореляційний зв'язок спостерігався також між вираженістю БС та шкалою соціальної дисфункції ( $r = 0,42$ ); депресії ( $r = 0,34$ ); тривоги й безсоння ( $r = 0,29$ ), а також між тривалістю БС та шкалою соціальної дисфункції ( $r = 0,49$ ); депресії ( $r = 0,40$ ); тривоги й безсоння ( $r = 0,35$ ).

Аналіз отриманих результатів за проведенням опитуванням залежно від статі респондента не виявив статистичної різниці в оцінці чоловіками та жінками соматичного благополуччя. Але у жінок високий рівень соматичного неблагополуччя відзначався на тлі підвищення рівня тривоги й порушення сну, тоді як у чоловіків — депресивних порушень.

Таким чином, якість життя у пацієнтів із вертеброгенними БС залежить від його вираженості й тривалості, а також емоційно-особистісних порушень і ПЗ, що впливають на сприйняття болю.

#### Список літератури

1. *Іванова М. Ф.* Дорсалгия, обусловленная дегенеративно-дистрофической патологией позвоночника / М. Ф. Иванова, С. К. Евтушенко // *Новости медицины и фармации.*— 2010.— № 15 (335).— URL: [mif-ua.com/article/13471](http://mif-ua.com/article/13471)
2. *Европейские рекомендации по лечению неспецифической боли в пояснично-крестцовой области:* реферат; под ред. Н. Н. Яхно.— М.: Практическая медицина, 2010.— 24 с.
3. *Баринов А. Н.* Некоторые аспекты диагностики и лечения неспецифической боли в спине / А. Н. Баринов, К. А. Махинов, Д. О. Рожков // *Медицинский совет.*— 2017.— № 10.— С. 122–130.
4. *Данилов А. В.* Управление болью. Биопсихологичный подход / А. В. Данилов.— М., 2012.— 582 с.
5. *Ван Роенн Дж. Х.* Диагностика и лечение боли / Дж. Х. Ван Роенн, Дж. А. Пейс, М. Н. Преодер.— М.: Бином, 2012.— 494 с.
6. *Phillips C. J.* The Cost and Burden of Chronic Pain / С. J. Phillips // *Reviews in pain.*— 2009.— № 3 (1).— Р. 2–5.
7. *Вознесенская Т. Б.* Хроническая боль и депрессия / Т. Б. Вознесенская // *Фарматека.*— 2008.— № 6.— С. 160.
8. *Прокопів М. М.* Аналіз роботи неврологічної служби дорослої мережі м. Києва за 2016 рік / М. М. Прокопів // *Укр. неврологічний журн.*— 2017.— № 1.— С. 82–86.
9. *Saxena A.* Myofascial Pain Syndrome / А. Saxena, М. Chansoria // *Indian J. of Physiotherapy and*

Таблиця 1

#### Якість життя пацієнтів із вертеброгенними больовими синдромами (за опитувальником SF-36)

Субшкала	Бали, М±m
Фізичне функціонування	69,23±4,51
Рольове фізичне функціонування	63,4±5,46
Інтенсивність болю	35,47±4,63
Загальне здоров'я	35,3±4,63
Життєздатність	37,45±3,46
Соціальне функціонування	57,4±5,15
Рольове емоційне функціонування	39,6±4,23
Самооцінка психічного здоров'я	57,8±7,09

Таблиця 2

#### Результати тестування у пацієнтів із вертеброгенними больовими синдромами (за опитувальником GHQ-28)

Шкали	Бали, М±m
А — соматичне благополуччя	16,6±4,4
В — тривога і порушення сну	16,9±3,5
С — соціальна дисфункція	15,9±3,7
Д — депресія	9,4±2,8

- Occupational Therapy.— 2015.— Vol. 9, № 3.— P. 221–226.
10. Морозова О. Г. Миофасциальная дисфункция и вторичные неврологические синдромы / О. Г. Морозова, А. А. Ярошевский // Неврология и нейрохирургия. Восточная Европа.— 2017.— Т. 7, № 1.— С. 130–141.
  11. Морозова О. Г. Особенности течения вегетативной дисфункции при миофасциальных болевых синдромах шейно-плечевой локализации / О. Г. Морозова, А. А. Ярошевский, Я. В. Липинская // *Wedomosci Lekarskie*.— 2015.— Т. 68.— P. 335–340.
  12. Вейн А. М. Болезненный мышечный спазм: алгоритм диагностики и терапии / А. М. Вейн, О. В. Воробьева // *Русский медицинский журн.*— 2003.— Т. 11, № 8.— С. 438–440.
  13. Фергюсон Л. Лечение миофасциальной боли: клин. рук. / Л. Фергюсон, Р. Гервин; пер. с англ.; под общ. ред. М. Б. Цыкунова, М. А. Еремушкина.— М.: МЕДпресс-информ, 2008.— 344 с.
  14. Баринов А. Н. Сегментарные механизмы формирования мышечного спазма, спастичности и хронизации боли / А. Н. Баринов // *Врач.*— 2012.— № 5.— С. 17–23.
  15. Данилов А. Б. Методы исследования боли / А. Б. Данилов, А. М. Вейн // *Боль и обезболивание.*— М.: Медицина, 1997.— С. 27–45.
  16. Создание русской версии инструмента Всемирной организации здравоохранения для измерения качества жизни / Г. В. Бурковский, А. П. Коцюбинский, Е. В. Левченко [и др.] // *Проблемы оптимизации образа жизни и здоровья человека.*— СПб., 1995.— С. 27–28.

### ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫЙ СТАТУС И КАЧЕСТВО ЖИЗНИ У ПАЦИЕНТОВ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА С ВЕРТЕБРОГЕННЫМИ ДОРСАЛГИЯМИ

Н. С. КУФТЕРИНА

**Проанализированы результаты исследования качества жизни пациентов молодого возраста с вертеброгенными дорсалгиями. Установлено, что на качество жизни такого контингента больных влияют психологическое здоровье и эмоционально-личностные нарушения в виде тревожных и депрессивных реакций, которые играют важную роль в восприятии болевого синдрома.**

*Ключевые слова: вертеброгенные дорсалгия, качество жизни, молодые люди.*

### PSYCHO-EMOTIONAL STATUS AND LIFE QUALITY IN YOUNG PATIENTS WITH VERTEBROGENIC DORSALGIAS

N. S. KUFTERINA

**The results of studying the life quality of young patients with vertebrogenic dorsalgiias have been analyzed. It has been established that the quality of life of these patients is influenced by psychological health as well as emotional and personality disorders in the form of anxious and depressive responses that play an important role in a perception of pain.**

*Key words: vertebrogenic dorsalgia, life quality, young people.*

*Надійшла 19.08.2019*